

3. Кравченко О.В. Аспекти формування тестів для контролю знань в системі адаптивного навчання / О.В. Кравченко, Ж.М. Плаасова // Штучний інтелект. – 2010. – №4. – С. 575-581.

4. Мороченкова И.А. Формирование критического мышления студентов в образовательном процессе вуза Текст.: дис. канд. пед. наук. - Оренбург, 2004. – 178 с.

5. Пίδαев А.В. Болонский процесс в Европе. Что такое и нужен ли он Украине? Возможна ли интеграция медицинского образования Украины в Европейское образовательное пространство? [Текст] / А. В. Пίδαев, В. Г. Передерий. - К.: О.: ОГМУ, 2004. – 192 с.

6. Усова А.В. Проверка и пути повышения качества знаний учащихся: учеб.-метод. пособие Текст. /А.В. Усова. Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2007. – 42 с.

## **ТРУДНОДИАГНОСТИРУЕМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА**

**Кавцевич М.Л., Окорочков А.Н., Пиманов С.И.,  
Макаренко Е.В., Сапего Л.Г.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь*

Искусство врача всегда было и остается залогом успешного лечения и выздоровления больного не только в древности, но и в наше время. Еще Гиппократ очень точно дал определение хорошему врачу-диагносту: «*Qui bene dignoscit, bene curat*», что значит «Кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит».

В современной медицине качество врачебного умения, навыков, мышления зависит от многих факторов, в том числе и от степени информированности врача о том или ином заболевании, его проявлениях, симптомах, особенностях течения и лечения. Поэтому современному доктору легче распознать и вовремя начать лечить заболевание, особенности которого принадлежат к так называемой категории распространенных, или часто встречаемых болезней. Здесь иногда приходится руководствоваться принципом – «чаще бывает то, что бывает чаще».

В данной статье мы бы хотели поднять проблему заболеваний, которые редко встречаются в практике врача-терапевта, часто имеют маски-симптомы других болезней и поэтому трудно диагностируются. Мы считаем, что данная проблема актуальна для врача любой специальности, так как редкие и труднодиагностируемые болезни протекают неблагоприятно, утяжеляют соматический статус пациента, плохо поддаются стандартной терапии и приводят к неблагоприятному прогнозу для трудоспособности и жизни больного.

В рамках данной проблемы мы проводим курс повышения квалификации по теме «Труднодиагностируемые терапевтические заболевания в клинической практике». Инновационный подход в данном случае заключается в том, что курс повышения квалификации по данной тематике впервые проводится на кафедре терапии ФПК в Республике Беларусь. Задачей данного цикла является привлечение внимания врачей-терапевтов и врачей других специальностей к такой сложной и неоднозначной проблеме, как труднодиагностируемые и редко встречающиеся заболевания.

На данном курсе освещаются следующие нозологические разделы: труднодиагностируемые заболевания в гематологии (острые лейкозы, множественная миелома и моноклональная гаммапатия), гастроэнтерологии (дифференциальная диагностика желтух и диареи, лекарственные поражения печени), кардиологии (кардиомиопатии, инфекционный эндокардит), ревматологии (подагра и пирофосфатная артропатия, реактивные артриты, системные васкулиты, боли в нижней части спины), нефрологии (тубулоинтерстициальный нефрит), а также вопросы дифференциальной диагностики лихорадок, паранеопластических синдромов и системного амилоидоза. На лекциях и практических занятиях демонстрируются пациенты с проявлениями вышеуказанных синдромов и болезней, а также фото- и видеоматериалы из учебного архива кафедры. С курсантами также разбираются карты-задачи, подготовленные сотрудниками кафедры на основе выписок из историй болезни пациентов с редкими и труднодиагностируемыми заболеваниями.

**Пример карты-задачи:**

Пациент К., 1950 г.р., врач-хирург, обратился в приемный покой областной больницы 11.06.12 с жалобами на общую слабость, потливость, боли в животе без четкой локализации, повышение  $t$  тела по вечерам до  $38,5^{\circ}\text{C}$ . Болен с января 2012 года, когда после перенесенного ОРВИ появились слабость, потливость. Самостоятельно принимал котримоксазол. С апреля 2012 года стали беспокоить боли в животе и повышение  $t$  тела. Направлен на плановую госпитализацию для дообследования и лечения с диагнозом «лихорадка неясного генеза». В анамнезе – простудные заболевания, операция венэктомии по поводу варикозной болезни нижних конечностей. Страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ.

**Данные обследования:**

Ан.крови общий: Нв – 95 г/л Эр. –  $4,03 \times 10^{12}/\text{л}$  MCV – 70 е/л MSN – 23,7 е/л L –  $11,3 \times 10^9/\text{л}$  п-9% с-57% м-8% э-3% л-23% СОЭ – 55 мм/ч.

Ан.крови биохимический: сахар – 5,4 ммоль/л; билирубин – 13,4/3,0 мкмоль/л; АлТ – 26 е/л; АсТ – 30 е/л; мочевины – 10,4

ммоль/л; креатинин – 0,12 ммоль/л; общий белок – 70 г/л; холестерин – 6,0 ммоль/л., СРП- 48 мг/л., стрептолизин «О» - отриц.

Ан.мочи общ.: цвет – с/ж; реакция – кисл.; прозр. – полн.; уд.вес – 1016; белка, сахара нет; пл.эпителий – ед.; лейкоциты – 2-4 в п/з. Ан.крови на Le-клетки, анти-ДНК антитела, анти HcV отрицательные от 12.06.12.

ФГДС: Пищевод, кардия без особенностей. В желудке – слизистое содержимое, слизистая оболочка желудка неравномерно ярко-розовая, в н/трети тела и антрального отдела – множество эрозий до 0,3 см в диаметре с фибринозными наложениями. Складки расположены обычно, средней высоты, при инсuffляции расправляются воздухом. Моторика прослеживается во всех отделах. Привратник округлой формы, проходим. 12-перстная кишка не деформирована, активная, содержит желчь, слизистая оболочка очагово гиперемирована, с эрозиями до 5 мм в d. Зона Фатерова соска без особенностей. Заключение: Эрозивный гастродуоденит. Взята биопсия из зоны эрозий.

УЗИ брюшной полости, почек: Заключение: С-г colon (поперечная часть ободочной кишки). Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Умеренная спленомегалия.

УЗИ сердца: Уплотнение аорты. Фиброз, кальциноз створок аортального клапана. Аортальная регургитация первой степени. Уплотнение створок митрального клапана. Кальцификат в основании задней створки митрального клапана. Митральная регургитация 1-2 ст. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Дилатация полости левого и правого предсердий.

Видеоректосигмоколоноскопия: эндоскоп проведен до поперечноободочной кишки, где обнаружено циркулярное образование, сужающее просвет кишки. Поверхность его бугристая, с эрозиями изъязвлениями, фрагментируется при биопсии. В сигмовидной кишке полип диаметром 5 мм. На всем протяжении сигмовидной кишки имеются дивертикулы 5-7 мм в d. Слизистая осмотренных отделов толстой кишки бледно-розовая. Заключение: Образование поперечноободочной кишки. Полип сигмовидной кишки. Дивертикулез сигмовидной кишки. Выполнена биопсия образования и полипа.

ЭКГ: ритм синусовый, 67 в 1 мин., э.о.с. SI SII SIII, блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого предсердия, AV-блокада I степени.

Rtg-графия легких: без патологии.

Осмотр онколога: Д-з: С-г поперечноободочной кишки, II кл.группа.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный клинический случай?

2. Определите тактику дальнейшего обследования и лечения пациента.

Данная карта-задача является примером заболевания, протекающего с лихорадочным синдромом и поможет врачам в диагностике онкозаболеваний, протекающих с лихорадкой.

Мы считаем, что все вышеперечисленное будет способствовать расширению врачебного кругозора, улучшению качества клинического мышления, а в итоге и диагностических возможностей наших врачей.

Литература:

1. Дмитриева, Н.В. Фебрильная нейтропения у онкологических больных. – Русский медицинский журнал, №11. – 2003 г.

2. Лихорадка: теоретические и практические аспекты / Зарецкий М.М., Черникова Н.М., Сиротин В.И., Рокотянская В.В. – Новости медицины и фармации, №8. – 2012 г.

3. Рак толстой кишки – состояние проблемы / Базин И.С., Гарин А.М., Жарков С.А., Нариманов М.Н. – Русский медицинский журнал, №12 – 2003 г.

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ С ПОЗИЦИИ ЭКСПЕРТОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Караваев В.Е., Варникова О.Р., Лихова И.Н.**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, г. Иваново, Российская Федерация*

Проблем в российском здравоохранении накопилось большое количество, от решения которых зависит качество медицинской помощи и здоровье нации [1, 2]. Исправить положение дел в один момент невозможно. Целенаправленные воздействия на конкретные проблемы приведёт к реальным достижениям и способствует позитивным изменениям.

Совершенствование здравоохранения должно осуществляться не только за счет ресурсов государства, но и за счет внутренних возможностей, имеющихся на местах [3, 4]. Эффективность модернизации здравоохранения зависит от качества работы медицинских организаций и от качества управления этим процессом. Качество медицинской помощи (КМП) – один из инструментов совершенствования здравоохранения, который должен быть нацелен на конечный результат.

Многолетний опыт работы экспертом качества медицинской помощи дает возможность провести анализ сложившейся ситуации, осмыслить результаты данного направления деятельности, оценить организацию лечебно-диагностической работы медицинских учреждений, их эффективность, выявить тенденции и некоторые проблемы